

# Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2

## Self-care practices for outpatients with type 2 diabetes mellitus

Elizabeth Arteaga-Rojas,<sup>1a</sup> Marilyn Victoria Martínez-Olivares,<sup>2b</sup> Guillermina Margarita Romero-Quechol<sup>3c</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 27, Quirófono. Ciudad de México, México

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. Ciudad de México, México

<sup>3</sup>Instituto Mexicano del Seguro social, Coordinación de Investigación en Salud, Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud. Ciudad de México

### ORCID

<sup>a</sup> 0000-0001-7776-8577

<sup>b</sup> 0000-0001-8260-9095

<sup>c</sup> 0000-0002-8772-7047

### Palabras clave

Autocuidado

Cuidado de Enfermería

Enfermedad Crónica

Diabetes Mellitus Tipo 2

### Keywords

Self-Care

Nursing Care

Chronic Disease

Diabetes Mellitus, Type 2

### Correspondencia:

Elizabeth Arteaga-Rojas

**Correo electrónico:**

bluebsun@hotmail.com

**Fecha de recepción:**

01/03/2018

**Fecha de dictamen:**

27/08/2018

**Fecha de aceptación:**

18/03/2019

**Introducción:** el cuidado de enfermería para las personas con DM2, se enfoca en el autocuidado con base en una relación terapéutica de colaboración y compromiso mutuo para lograr la autonomía y autorresponsabilidad en cada individuo, familia y comunidad.

**Objetivo:** identificar el nivel de aplicación de las prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con DM2 que asisten a la consulta externa de un hospital de tercer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Métodos:** estudio transversal descriptivo, en una muestra por conveniencia de 80 pacientes con DM2,  $\geq 30$  años de edad. El instrumento se diseñó para evaluar el nivel de las prácticas de autocuidado de pacientes ambulatorios con DM2 con cinco dimensiones: Hábitos higiénicos, Hábitos dietéticos, Actividad física, Sueño y descanso y Conocimiento; con alfa de Cronbach de 0.85. Análisis descriptivo de los datos.

**Resultados:** el nivel de aplicación de las prácticas de autocuidado fue bueno en tres dimensiones: Hábitos higiénicos (52.5%), Hábitos dietéticos (72.5%), y Sueño y descanso (67.3%). En las dimensiones de Actividad física (62.5%) y Conocimiento (73.8%) el nivel fue bajo. El 22.5% de los pacientes alcanzó un nivel muy bueno en Actividad física, al seguir la recomendación de 30 minutos de ejercicio.

**Conclusiones:** los pacientes ambulatorios con DM2 tienen un nivel de práctica de autocuidado bueno en los Hábitos higiénicos, Hábitos dietéticos y Sueño y descanso. Es necesario reforzar en las prácticas de Actividad física y Conocimiento, para promover y mantener la autonomía y corresponsabilidad en la persona y la familia.

R  
e  
s  
u  
m  
e  
n

**Introduction:** Nursing care for people with DM2 focuses on self-care based on a therapeutic relationship of collaboration and mutual commitment to achieve autonomy and self-responsibility in each individual, family and community.

**Objective:** To identify the level of application of self-care practices of outpatients with DM2 who attend the outpatient clinic of a third-level care hospital in the Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Methods:** Descriptive cross-sectional study, in a convenience sample of 80 patients with DM2,  $\geq 30$  years of age. The instrument was designed to evaluate the level of "Self-care practices of ambulatory patients with DM2" with five dimensions: Hygienic habits, Dietary habits, Physical activity, Sleep and rest and Knowledge; Cronbach's alpha 0.85. Descriptive analysis of the data.

**Results:** The level of application of self-care practices was good in three dimensions: Hygienic habits (52.5%), Dietary habits (72.5%), and Sleep and rest (67.3%). In the dimensions of Physical activity (62.5%) and Knowledge (73.8%) the level was low. 22.5% of patients achieved a very good level of Physical activity, following the recommendation of 30 minutes of exercise.

**Conclusions:** Outpatients with DM2 have a good self-care practice level in Hygienic habits, Dietary habits and Sleep and rest. It is necessary to reinforce the practices of Physical activity and Knowledge, to promote and maintain autonomy and co-responsibility in the person and family.

A  
b  
s  
t  
r  
a  
c  
t

## Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles, se caracterizan por un deterioro progresivo e incapacitante, causan el 60% de las muertes a nivel mundial y alrededor del 47% de los gastos en salud. Entre las principales enfermedades crónicas no transmisibles se encuentran: la enfermedad cardiovascular (ECV), la hipertensión arterial sistémica (HAS), la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad renal crónica (ERC).<sup>1</sup> Por su relevancia epidemiológica, la enfermedad renal secundaria a DM2, es un problema de salud, debido a la alta mortalidad y los elevados costos para su tratamiento; dicha situación enmarca la necesidad de reforzar los programas de promoción y prevención de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, con el fin de evitar la aparición de la enfermedad renal, retardar su evolución y el inicio de las terapias de sustitución, con el consecuente gasto que esto conlleva al sistema de salud.<sup>2</sup>

No obstante, a pesar de todas las acciones de salud, la ERC en pacientes con DM2, sigue constituyendo el principal motivo de ingresos a unidades hospitalarias, con el consecuente incremento de los recursos materiales, financieros y humanos. Por ejemplo, en una institución de seguridad social, los gastos de la atención por complicaciones, se estimaron en \$54,939,038 pesos, los cuales se distribuyeron, principalmente, de la siguiente forma: \$42,978,390 pesos en atención ambulatoria; \$8,334,427 pesos en atención hospitalaria; \$1,476,843 pesos en sesiones de hemodiálisis ambulatoria, y \$1,421,454 pesos en sesiones de diálisis peritoneal.<sup>3</sup>

Por otra parte, los estilos de vida no saludables, el sobrepeso y la inactividad física, son factores de riesgo atribuibles para el desarrollo de DM2, que, sin la debida detección en etapas iniciales, resulta en la progresión de complicaciones como la ERC.<sup>4</sup>

La falta de autocuidado en los pacientes con DM2 es un factor relevante, pues se estima que el 50% de ellos iniciará con albuminuria persistente, el signo más precoz de la enfermedad renal diabética, con un desarrollo lento de hasta 10 años de acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes.<sup>5</sup>

De esta misma proporción, un tercio de los pacientes va a desarrollar una enfermedad lo suficientemente severa como para llegar a la etapa

terminal y requerir tratamiento dialítico y trasplante renal.<sup>6</sup>

Se han implementado programas eficaces de promoción y prevención de la salud con el propósito de fomentar el autocuidado, la autonomía y la autorresponsabilidad de las personas con enfermedades crónicas. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), hacen énfasis en que para mejorar la calidad de la atención y la salud de las personas con enfermedades crónicas, se requiere de una atención integradora que promueva el autocuidado, mediante el pasaporte (cartilla) para una vida saludable, el cual, forma parte del Modelo de Cuidados Crónicos desarrollado por Edward Wagner y colaboradores, en el *MacColl Institute for Healthcare Innovation* y adaptado por la OPS/OMS para la región.<sup>7</sup> El modelo de cuidados crónicos, es una guía para la atención efectiva, pero no ofrece una solución rápida y fácil; es una solución multidimensional para un problema complejo, a través del seguimiento personalizado y de cuidados oportunos y continuos, que pueden prevenir o retrasar complicaciones causantes de discapacidad y muerte prematura.

En general, es complejo lograr la conciencia del autocuidado en las personas, debido a la variación de los elementos culturales, sociales y económicos, entre los individuos, las familias y los grupos sociales.<sup>8</sup> Con esta perspectiva, el cuidado de enfermería para las personas con enfermedades crónicas se enfoca en el *autocuidado*, con base en una relación terapéutica de colaboración y compromiso mutuo para lograr la autonomía y autorresponsabilidad en cada individuo, familia y comunidad. En la creencia de que una persona y una familia, que cuidan de sí mismas, son capaces de realizar actividades que apoyan los procesos vitales y el funcionamiento normal, mantener el crecimiento, la maduración y el desarrollo normal, así como prevenir o controlar los procesos de enfermedad o lesión y la incapacidad.<sup>9</sup>

En el caso de las personas con DM2, las gestiones de enfermería para el *autocuidado*, están dirigidas a promover el proceso de adaptación y convivencia con la enfermedad; el cual, requiere del conocimiento y la práctica de acciones que permitan al individuo responder de manera constante a sus necesidades, para mantener un estado de bienestar, curar las enfermedades y/o heridas, y hacer frente a las complicaciones.<sup>9,10</sup>

Es evidente entonces, que el *autocuidado* es uno de los principales componentes del complejo tratamiento que las personas deben asumir con el debido conocimiento y habilidad para desarrollar los comportamientos de autocuidado, los cuales son esenciales para mantener el control metabólico y reducir la morbilidad asociada a las complicaciones de la DM2.<sup>10</sup>

En comprensión con lo anterior, es prioritario entender la situación de las personas con DM2, cuáles son sus estilos de vida, su régimen terapéutico y sus hábitos higiénicos y dietéticos, con el objetivo de identificar el nivel de aplicación de las prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con DM2 que asisten a la consulta externa de un hospital de tercer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

### Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en un hospital de tercer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se conformó una muestra de 80 personas que asistieron al servicio de consulta externa del hospital, con antecedentes y diagnóstico confirmado de DM2 en un tiempo igual o mayor a un año; se incluyeron a los pacientes de ambos sexos, mayores de 30 años de edad, sin dificultades para la comunicación y sin alteraciones cognitivas.

Se solicitó el consentimiento informado a los participantes previa explicación del propósito del estudio y uso de la información. La entrevista con los pacientes se llevó a cabo en un tiempo promedio de 30 minutos. Los datos de las variables antropométricas y metabólicas se recabaron del expediente clínico.

### Instrumento

Se diseñó y estructuró un cuestionario denominado Prácticas de Autocuidado del Paciente Ambulatorio con DM2, con un total de 57 ítems, distribuidos en

nueve apartados: I) *Datos sociodemográficos*, cinco ítems que incluyen edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación; II) *Datos antropométricos y metabólicos*, diez ítems para el registro de peso, talla y cálculo del índice de masa corporal, niveles séricos de glucosa, colesterol, triglicéridos, urea, creatinina, hemoglobina glucosilada y examen general de orina; III) *Antecedentes personales patológicos*, ocho ítems sobre el tipo, frecuencia y cantidad en el consumo de tabaco y alcohol, tiempo de padecer la DM2 y presencia de otra enfermedad; IV) *Hábitos higiénicos*, siete ítems acerca de la frecuencia del baño corporal, lubricación de la piel, cuidados de los pies y presencia de resequead y prurito; V) *Hábitos dietéticos*, doce ítems para explorar que información nutricional sobre DM2 ha recibido y qué profesional de la salud se la ha proporcionado, periodicidad de la consulta al servicio de nutrición, número de comidas al día, tipo, frecuencia y cantidad de alimentos y tipo, frecuencia y cantidad de bebidas al día, así como el consumo de sal adicional en las comidas; VI) *Actividad física*, cuatro ítems que se refieren al tipo y frecuencia de la actividad, así como presencia de fatiga durante la misma; VII) *Hábitos de sueño y descanso*, cuatro ítems en relación al número de horas de sueño por la noche, dificultad para conciliar el sueño, sensación de descanso al despertar y si acostumbra tomar siesta durante el día; VIII) *Redes y grupos de apoyo*, dos ítems sobre si pertenece a un grupo de ayuda y la persona que le apoya en caso de requerir la ayuda; IX) *Conocimiento*, cinco ítems sobre qué es la DM2 y sus complicaciones, si realiza y registra la medición de glucosa y si conoce las cifras de normalidad de glucosa y presión arterial.

La evaluación del cuestionario se hizo sobre el puntaje obtenido de las respuestas, el cual fue de 1 a 57 puntos en total. Los puntos de corte para determinar el nivel de aplicación de las prácticas de autocuidado fueron con base en el número de respuestas correctas: Muy bueno (39 a 57), Bueno (20 a 38) y Bajo (1 a 19). Estos valores se transformaron en una escala de proporciones que va de cero a 100%, donde Muy bueno va de 67 a 100%, Bueno de 34-66% y Bajo de 0 a 33%.

El cuestionario Prácticas de Autocuidado del Paciente Ambulatorio con DM2, se validó por ronda de expertos 3/3, los expertos se seleccionaron por el grado académico de Maestría en Ciencias y por su

experiencia en el estudio de las variables en cuestión.

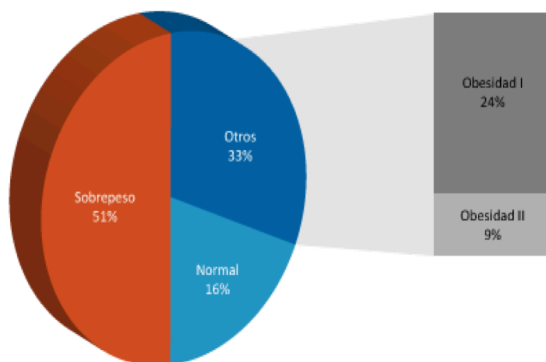
Se realizó la prueba de coeficiente de alfa de Cronbach con una confiabilidad de 0.85 en la consistencia interna entre los reactivos.

El análisis fue descriptivo con medidas de tendencia central, procesados con el programa Statistical Package for the Social Science versión 22.

## Resultados

De los 80 pacientes incluidos en el estudio, la mitad fueron mujeres y la mitad hombres, la mayoría estaban casados (63.7%), con escolaridad de educación primaria (38.8%) y cuya ocupación era ama de casa (41.2%). El 41.2% de los pacientes se encontraba entre 61 y 70 años, con una media de  $62.2 \pm 9.7$  años de edad. En cuanto a la talla, el 33.8% está entre 1.49 y 1.56 m ( $1.59 \pm 0.093$ ), y el 50% entre 64 y 80 kg de peso ( $72.9 \pm 13.7$ ). Con base en el índice de masa corporal, el 51% de los pacientes se encuentra con sobrepeso y el 33% con obesidad grado I y II (figura 1).

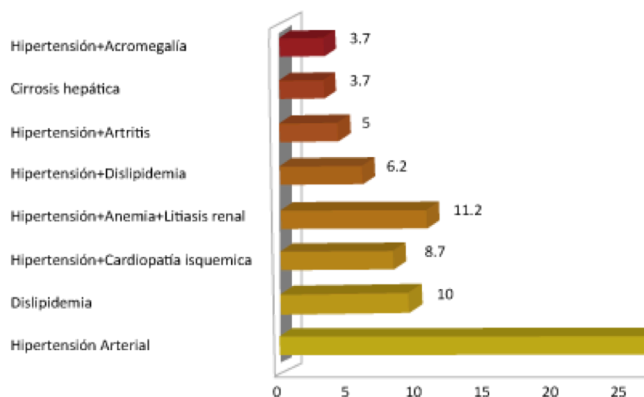
**Figura 1** Índice de masa corporal de los pacientes ambulatorios con DM2 (n=80)



**Fuente:** cuestionario Prácticas de Autocuidado del Paciente Ambulatorio con DM2

En la **figura 2** se muestran las principales comorbilidades que se presentaron en la muestra, principalmente la hipertensión arterial en el 27.5% de los casos, a su vez, combinada con anemia y litiasis renal (11.2%), la cardiopatía isquémica (8.7%), dislipidemia (6.2%) y artritis (5%).

**Figura 2** Comorbilidad de los pacientes ambulatorios con DM2 (n=80)



**Fuente:** cuestionario Prácticas de Autocuidado del Paciente Ambulatorio con DM2

En cuanto a los hábitos higiénicos y cuidado de la piel, el 73.8% de los pacientes tenía piel seca, con la presencia de descamación (35.5%) y prurito (53.8%), localizado en piernas, pies y tobillos (48.8%).

Cabe señalar que el 22.5% (18) y 41.2% (33) de los pacientes realiza actividad física por 30 minutos diarios y asiste a la consulta de nutrición. De estos últimos, el 26.2% lleva a cabo las prácticas de alimentación relativa a la DM2, al incluir frutas y verduras (57.2%) y disminuir el consumo de azúcar (28.5%) en la dieta habitual (**cuadro I**).

El 53.8% (43) de los pacientes tienen conocimiento sobre DM2 y sus complicaciones. Sin embargo, solo el 6.9% de ellos, señaló que las principales complicaciones son: retinopatía, neuropatía, nefropatía y pie diabético; al respecto, el 25.5% reconoce solo una, el 46.5% mencionó dos y el 20.9% indicó tres complicaciones de la DM2. Del 57.5% (46) de los pacientes que realiza el monitoreo de la glucosa capilar, el 69.5% (32) lo hace una vez por día y el 36.9% (17) lo registra en bitácora.

**Cuadro I** Hábitos dietéticos y actividad física de los pacientes ambulatorios con DM2

| Ítems  | Frecuencia | %    |
|--|------------|------|
| Realiza actividad física por 30 minutos                | n=80       |      |
| Sí   | 18         | 22.5 |
| No   | 62         | 77.5 |
| Asiste a la consulta de nutrición                      |            |      |
| Si   | 33         | 41.2 |
| No   | 47         | 58.8 |
| Lleva a cabo la alimentación relativa a la DM2         |            |      |
| Sí   | 21         | 26.2 |
| No   | 59         | 73.8 |
| ¿Cuál es la práctica de alimentación que lleva a cabo? | n= 21      |      |
| Disminución en el consumo de azúcar                    | 6          | 28.5 |
| Incluye frutas y verduras en la dieta habitual         | 12         | 57.2 |
| Ingesta de carne (pollo) sin grasa                     | 3          | 14.3 |

**Fuente:** cuestionario Prácticas de Autocuidado del Paciente Ambulatorio con DM2

La mayoría de los pacientes (83.8%) cuenta con el apoyo de la familia; en el caso de los pacientes hombres, el principal apoyo es la esposa. No obstante, el 84% de los pacientes refiere que no conoce los grupos de apoyo, mientras que por parte de quienes sí los conocen, se identificó que el 9% aseguró que no los necesita y al 6% le es difícil acudir por el trabajo (**figura 3**).

El nivel de aplicación de las prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con DM2, fue *bueno* en tres dimensiones: Hábitos higiénicos (52.5%), Hábitos dietéticos (72.5%), y Sueño y Descanso (67.3%). En las dimensiones de actividad física (62.5%) y conocimiento (73.8%) el nivel fue *bajo*; no obstante, el 22.5% de los pacientes alcanzaron un nivel *muy bueno* en actividad física, es decir, estos pacientes seguían la recomendación de 30 minutos diarios de ejercicio (**figura 4**).

## Discusión

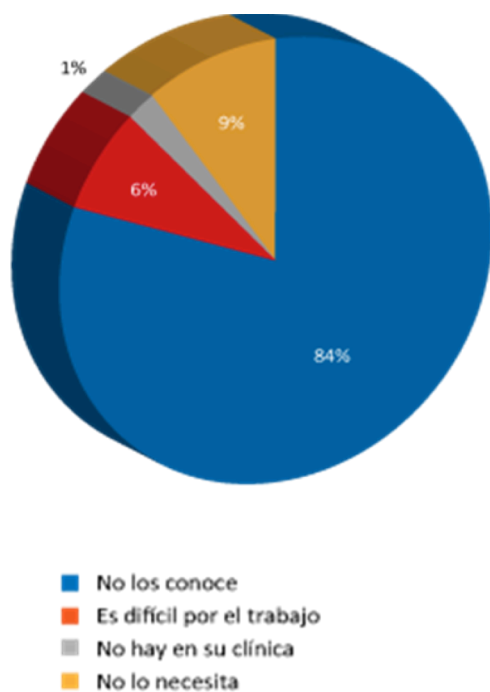
En las personas con DM2, un componente que se relaciona con el nivel de escolaridad básico es el ingreso económico insuficiente, situación que se agrava con los gastos que implica el padecer una enfermedad crónica; por otra parte, un factor relevante es la experiencia del propio paciente para tomar decisiones sobre lo que es mejor para su autocuidado. Cabrera-Morón *et al*,<sup>11</sup> confirman que el nivel de escolaridad influye en la adopción de hábitos alimenticios inadecuados y, por consiguiente, en estados de sobrepeso y obesidad. Lo anterior coincide con los estudios de Compean-Ortiz *et al*,<sup>12</sup> y Galindo-Martínez *et al*,<sup>8</sup> en donde más de la mitad de la población con DM2 son mujeres, con escolaridad

primaria o primaria incompleta, son amas de casa, sin percepción de ingresos y presentan sobrepeso.

A pesar de que no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, la frecuencia de pacientes con capacidad de autocuidado alta, fue mayor a medida que presentaban factores socioculturales adecuados; mientras que los pacientes que reportaron experiencias laborales inadecuadas, tuvieron casi dos y media veces más probabilidad de tener capacidad de autocuidado baja.<sup>8,13</sup>

Cabrera-Morón *et al*,<sup>11</sup> comentan que los pacientes con DM2 que ignoran la necesidad de cuidarse, muestran una capacidad regular de autocuidado, lo cual indica que existen limitaciones de conocimiento y habilidades para el autocuidado.

**Figura 3** Opinión sobre los grupos de apoyo de los pacientes ambulatorios con DM2 (n=80)



**Fuente:** cuestionario Prácticas de Autocuidado del Paciente Ambulatorio con DM2

No obstante, tan solo la condición del conocimiento insuficiente o inadecuado sobre la DM2, conlleva a la aparición de complicaciones y otras enfermedades asociadas; de acuerdo con Flores Pérez *et al*,<sup>14</sup> la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial.

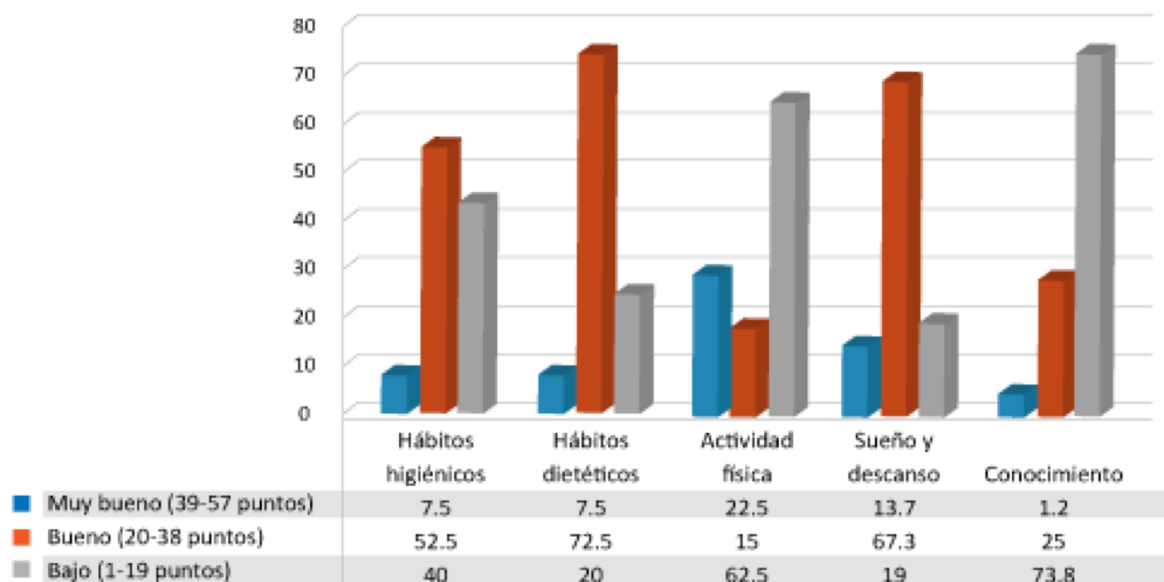
La importancia del diagnóstico temprano de DM2 permite un tratamiento oportuno; al respecto, Gil-Velázquez *et al*,<sup>15</sup> mencionan que la intervención de mayor impacto es la determinación de hemoglobina glucosilada. La hemoglobina glucosilada mide el nivel promedio de glucosa, evitando el desarrollo anticipado de complicaciones por lo que se debe resaltar que el indicador de hemoglobina glucosilada debe ser periódico con la finalidad de identificar el riesgo de enfermedad renal y cardiovascular.

Acerca de la actividad física o práctica de ejercicio de manera regular, recomendada en personas con DM2, esta debe ser aeróbica, de intensidad moderada, menos a 150 minutos a la semana distribuidos en tres días; además de la dieta adecuada y el peso adecuado, se evita el riesgo de desarrollar complicaciones, efecto que puede durar hasta 20 años después. En su estudio, Compean Ortiz *et al*,<sup>12</sup> reportan que el ejercicio muestra una frecuencia muy baja, sin embargo las personas dedicadas al hogar realizan más labores de casa y, por lo tanto, realizan caminatas, sin embargo, no realizan el promedio de la actividad física indicada; otro factor, es la urbanización asociada a cambios alimenticios y a un estilo de vida sedentario que ha condicionado sobrepeso y obesidad, principal indicador de la transición en México.

### Conclusión

Los pacientes ambulatorios con DM2 tienen un nivel de práctica de autocuidado bueno en los Hábitos higiénicos, Hábitos dietéticos y Sueño y descanso. Es necesario incentivar las prácticas de Actividad física y Conocimiento, para promover y mantener la autonomía y corresponsabilidad en la persona y la familia. Por lo tanto, la evaluación continua de las prácticas de autocuidado en los pacientes con DM2 es fundamental para implementar intervenciones oportunas, que disminuyan el riesgo de desarrollar complicaciones y enfermedades asociadas.

**Figura 4** Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con DM2 (n=80)



**Fuente:** cuestionario Prácticas de Autocuidado del Paciente Ambulatorio con DM2

## Referencias

- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012. [Internet]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadoSNacionales.pdf>
- Quevedo-L. L. La prevención de la enfermedad renal un nuevo reto para la enfermera. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2012; 7(7):140-45. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4069165.pdf>
- Instituto Mexicano Seguro Social. Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2014-2018. Capítulo III Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción. Ciudad de México: IMSS; 2014. Disponible en: [http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS\\_2014-2018\\_FINAL\\_230414.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf)
- Avila-Saldívar MN. Enfermedad renal crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. *Med Int Mex* 2013; 29(2):148-53. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim132e.pdf>
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2018. *Diabetes Care*. 2018;41(Suppl.1). <https://doi.org/10.2337/dc18-SINT01> [Internet]. Disponible en: [http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2017/12/08/41.Supplement\\_1.DC1/DC\\_41\\_S1\\_Combined.pdf](http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2017/12/08/41.Supplement_1.DC1/DC_41_S1_Combined.pdf)
- Cruz-MC, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira-Martins LA, de Castro-Cintra-Sesso R. Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics (Sao Paulo)*. Brasil. 2011; 66(6):991-95. [Internet]. <https://dx.doi.org/10.1590%2FS1807-59322011000600012>. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3130152/>
- Organización Panamericana de la Salud. Mejorando el control de los pacientes con diabetes en la República Dominicana. 2015. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11432:improving-diabetes-control-for-patients-in-the-dominican-republic&Itemid=41617&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11432:improving-diabetes-control-for-patients-in-the-dominican-republic&Itemid=41617&lang=es)
- Galindo-Martínez MG, Rico-Herrera L, Padilla-Raygoza N. Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2. *Aquichan*. 2014; 14(1):7-19. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3534/3401>
- Naranjo-Hernández Y, Concepción-Pacheco J. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. *Rev. Finlay* [Internet]. 2016;6(3):215-20. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342016000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000300004&lng=es).
- Gómez-López J, Campero-Vázquez AJ, Rivas-Robles E, Flores-Rizo G. Impacto del autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Hig. Sanid. Ambient*. 2018; 18(4):1687-91. Disponible en:

- [http://www.salud-publica.es/secciones/revista/revistas/pdf/bc5c02c00c789a1\\_Hig.Sanid.Ambient.18.\(4\).1687-1691.\(2018\).pdf](http://www.salud-publica.es/secciones/revista/revistas/pdf/bc5c02c00c789a1_Hig.Sanid.Ambient.18.(4).1687-1691.(2018).pdf)
11. Cabrera-Morón R, Motta-Quijandría I, Rodríguez-Robladillo C, Velázquez-Carranza D. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico-EsSalud-2009. *Rev enferm Herediana*. 2010;3(1):29-36. Disponible en: [https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Autocuidado%203\\_4.pdf](https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Autocuidado%203_4.pdf)
  12. Compean-Ortiz LG, Quintero-Valle LM, Del Ángel-Pérez B, Reséndiz-González E, Salazar-González BC, González-González JG. Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem. *Aquichan*. 2013; 13(3):347-62. [Internet]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2121/3337>
  13. Contreras-Orozco A, Contreras-Machado A, Hernández-Bohórquez C, Castro-Balmaceda MT, Navarro-Palmett LL. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. *Investigaciones Andina*. 2013; 15(26):667-78. [Internet]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v15n26/v15n26a05.pdf>
  14. Flores-Pérez MN, Garza-Elizondo ME, Hernández-Cortes PL. Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. Monterrey, México. *Rev enferm Herediana*. 2015; 8(2):70-4. [Internet]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/2684/2560>
  15. Gil-Velázquez LE, Sil-Acosta MJ, Aguilar-Sánchez L, Echevarría-Zuno S, Michaus-Romero F, Torres-Arreola LP. Perspectiva de la diabetes mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(1):58-67. Disponible en: [http://revistamedica.imss.gob.mx/sites/default/files/pdf\\_interactivo/rm2013-1-flippingbook.pdf](http://revistamedica.imss.gob.mx/sites/default/files/pdf_interactivo/rm2013-1-flippingbook.pdf)
- 
- Cómo citar este artículo/ To reference this article:**
- Arteaga-Rojas E, Martínez-Olivares MV, Romero-Quechol GM. Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2019;27(1):52-59.